**ΑΙΤΗΣΗ**

ΕΠΩΝΥΜΟ: **………………………………………**

ΟΝΟΜΑ: **………………………………………….**

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: **………………………………….**

ΚΛΑΔΟΣ: **………………………………………….**

ΣΧΟΛΕΙΟ: **………………………………………..**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ**:……………………….… ……………………………………………………….**

ΠΟΛΗ:**………………………………………….…**

Τ.Κ.**:……………………………………….……….**

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **……………………………………**

**ΘΕΜΑ**: «Χορήγηση άδειας για γυναικολογικό έλεγχο»

Λευκάδα: \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

ΠΡΟΣ: Τη Δ/νση του ..ΔΣ/..Νηπ/γείου ……………………..

 Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια γυναικολογικού ελέγχου**,** μιας ημέραςστις **…../….../………** σύμφωνα με το άρθρο 40 του ν.4808/ 2021 & το άρθρο 96 του ν.5043/2023

Προσκομίζω συνημμένα:

* Ιατρική Βεβαίωση

 Η αιτούσα